

Läkemedelshanteringsrutin – lokala tillägg avd 67

Förändringar sedan föregående version
Första version.

Bakgrund och syfte

Rutinen syftar till att läkemedelshanteringen vid avdelning 67 sker enligt gällande författningar och i enlighet med Regional rutin för läkemedelshantering i Västra Götalandsregionen samt SU:s gemensamma rutin Läkemedelshantering SU-övergripande.

Denna checklista är ett komplement till ovanstående rutin.

Innehållsförteckning

Förändringar sedan föregående version	1
Bakgrund och syfte	1
Utförande.....	2
Kapitel 1 Ansvar	2
Kapitel 2 Ordinationer	2
Kapitel 3 Beställning av läkemedel.....	3
Kapitel 4 Förvaring och skötsel av läkemedelsförråd	3
Kapitel 5 Iordningställande och överlämnande/administrering.....	4
Kapitel 6 Överflyttningar mellan vårdenheter	5
Kapitel 7 Arbetsmiljöaspekter	6

Kapitel 8 Kvalitetssäkring.....	6
Kapitel 9 Narkotikaklassade läkemedel	6
Kapitel 10 Medicinska gaser	8
Kapitel 11 Uppföljning	8
Relaterad information	8
Ansvar	8
Uppföljning, utvärdering och revision	8
Granskare/arbetsgrupp	8

Utförande

Kapitel 1 Ansvar

Ifyllda och signerade [ansvarsbeskrivningar](#) förvaras i läkemedelshanteringspärmen i läkemedelsrummet

- mall 2: Ansvarsbeskrivning [läkemedelsansvarig läkare](#)
- mall 3: Ansvarsbeskrivning [vårdenhetschef/enhetschef](#)
- mall 4: Ansvarsbeskrivning [läkemedelsansvarig sjuksköterska](#)
- mall 5: Ansvarsbeskrivning för [kontrollansvarig narkotika](#)
- mall 13: Ansvarsbeskrivning för [gasansvarig \(medicinsk gas på flaska\)](#)
- ansvarsbeskrivning för akutvagn/-vätske/-ansvarig på enheten
- mall 11 [Signaturlista](#) Aktuell lista förvaras: i pärmen ”Läkemedelshantering” i läkemedelsrummet.

Kapitel 2 Ordinationer

- Ordinationssystem
Läkemedelsmodulen i Melior
Orbit
EDA- protokoll
Anestesijournal

Dessa ordinationssystem finns: Elektroniskt eller pappersjournal

- mall 7 Ordination enligt generella direktiv. Fastställt original förvaras: i pärmen ”Läkemedelshantering” i läkemedelsrummet
- Uppdatering av listan med ordinationer enligt generella direktiv i Melior görs enligt följande: läkemedelsansvarig läkare.
- Generellt direktiv att vaccinera vårdpersonal mot säsongsinfluensa (använd bilaga 1 i rutin Influensavaccinering av vårdpersonal inom SU), fastställt original förvaras: i pärm ”Läkemedelshantering” i läkemedelsrummet.

Kapitel 3 Beställning av läkemedel

- mall 12: Lista över behöriga beställare av läkemedel förvaras: i pärm ”Läkemedelshantering” i läkemedelsrummet.
- Fastställd PNL-lista förvaras: Tarifolder läkemedelsrummet
- Fastställd lista vPNL-lista (vätskevagn) förvaras: Tarifolder läkemedelsrummet.
- Enhetens beställningsdag/-ar: Tisdag.
- Kundnummer hos RGL: 40004471101.
- Kundnummer hos Extemporetillverkning: SA1174
- Mottagning av läkemedelsleverans görs på följande sätt: Mottagande kvittera, mottagare sätter genast in de levererade backarna/kartongerna i läkemedelsrummet, uppackning och inleverans görs i Hamlet så fort det är möjligt. Kylvaror prioriteras. Vid uppackning bockas följesedel av och hållbarhet kontrolleras.
- Signerad överenskommelse för PNL-service, vätskevagn och Slutenvårdsdos förvaras: PNL-pärmen i läkemedelsrummet.

Kapitel 4 Förvaring och skötsel av läkemedelsförråd

- mall 9: Arbetsätt för hur hållbarhets- och temperaturkontroll, städning och dokumentation utförs, se

Skötsel av läkemedelsförråd med dokumentationsblanketter för temperatur och hållbarhet respektive städning Förvaras: i pärm ”

Läkemedelshantering” i läkemedelsrummet

- mall 8 Läkemedel som får förvaras utanför låst läkemedelsförråd. Fastställd lista förvaras i pärmen märkt ”Läkemedelshantering” i läkemedelsrummet.
- Indragningar åtgärdas och signeras av läkemedelsansvarig. Signerad indragningsskrivelse sparas i 1år och förvaras: i pärmen ”Läkemedelshantering” i läkemedelsrummet.
- Ansvarig för akutväska/-vagn sköter avdelnings utsedda person

Kapitel 5 Iordningställande och överlämnande/administrering

- Iordningställande av injektions/infusionsläkemedel görs enligt

Arbetsinstruktion vid tillredning av sterila läkemedel (se kapitel 5.8.4 Regional läkemedelshanteringsrutin) och finns tillgänglig vid arbetsplatsen.

- Gällande spädningsscheman: Regional rutin för spädning av intravenösa läkemedel vuxna VGR finns i läkemedelsrummet
- Generikabyte görs enligt: Läkemedelsverkets utbytbarhetslista, www.fass.se, Hamlet och regionala terapigrupperns bedömning. I de fall utbyte görs dokumenteras detta i läkemedelsmodulen i Melior, under utdelningskommentar. Läkare ska ordinera rekommenderat läkemedel snarast.
- Läkemedel ska iordningställas av sjuksköterska och samma sjuksköterska som iordningställer läkemedlen ansvarar för att överlämna/administrera det till patienten.
- Iordningställande får göras av annan person än den som administrerar/överlämnar under följande förutsättningar:

Läkemedlet går att identifiera och är märkt med namn, personnummer, datum samt signatur av den som iordningställt. Läkemedlet kommer från slutenvårdsdosen. Beskrivning av dokumentation av iordningställandet (om olika personer iordningställer respektive administrerar, eller läkemedel iordningställs för att administreras vid senare tillfälle) Iordningsställande dokumenteras i Melior på följande sätt; notera vgr-ID och tidpunkt för iordningsställande i utdelningskommentar i Melior.

- Märkning utan patientidentitet och administreringstidpunkt får göras under följande förutsättningar: läkemedlet delas ”bedside”, det vill säga direkt till patienten.
- I Melior antecknas batchnummer för biologiska läkemedel i ruta för utdelningskommentar.
- Kontroll av pågående infusion utförs och dokumenteras enligt Läkemedelshantering SU-övergripande, vid varje skiftbyte eller när någon annan tar över ansvar för patienten. I Melior dokumenteras kontrollen i utvärderingsrutan.
- Slutenvårdspåsar hanteras och förvaras inför utdelning enligt Riktlinje Slutenvårdsdos för vårdenhet 20230629 – 20250405.
- Meddelanden från slutenvårdsdosen hanteras enligt: Överenskommelse mellan vårdenhet och slutenvårdsdos VGR/SU.

Kapitel 6 Överflyttningar mellan vårdenheter

- Överlämningsrutiner vid förflyttning mellan vårdenheter när till exempel Meliors läkemedelsmodul inte används: Vid överföring av patient mellan enheter skall ansvarig läkare se till att läkemedelslistan i Melior är uppdaterad.

Kapitel 7 Arbetsmiljöaspekter

- Redovisning av kemiska produkter i KLARA görs enligt rutin: Ska årligen redovisas av utsedd person i verksamheten. (AFS 2017:3) I KLARA finns även säkerhetsblad för kemikalier.

Kapitel 8 Kvalitetssäkring

- Svartsjournal över genomförd kvalitetsgranskning förvaras: i pärmen ”Läkemedelshantering” i läkemedelsrummet
- Åtgärdsplan för brister som framkommit av kvalitetsgranskning (mall 14: [Åtgärdsplan kvalitetsgranskning av läkemedelshantering](#)) förvaras: i pärmen ” Läkemedelshantering”i läkemedelsrummet.

Kapitel 9 Narkotikaklassade läkemedel

- Varje år ska läkemedelsansvarig och narkotikaansvarig sjuksköterska utses
- Narkotikaklassade läkemedel hämtade från VNL journalförs: Separat journalblad till varje patient och läkemedel. Förvaras i pärm märkt med Narkotika pärm VNL. När patienten skrivs ut kasseras eventuellt kvarvarande läkemedel och dubbelsigneras av SSK. Sparas i 10 år.
- Alla läkemedel som enligt läkemedelsverket är narkotikaklassade ska vid tillförsel till läkemedelsförrådet föras in i en särskild förbrukningsjournal. Denna ska sparas i 15 år Ansvarig för kontroll av narkotika kontrollerar narkotikan. Avvikelse rapporteras till vårdenhetschef. För utredning av svinn- se rutin Läkemedelshantering SU- övergripande.
- Narkotika räknas och dokumenteras vid varje enskilt uttag.
- Kassation av narkotika från slutenvårdsdos journalförs i slutenvårdspärmen och dubbelsigneras, påsen töms och avidentifieras.

- Mall 22 Plan för hur kontroll av narkotika ska utföras förvaras: i pärmen kontrollplan narkotika i läkemedelsrummet.
- Lån av narkotikaklassade läkemedel från annan enhet skall undvikas i möjligaste mån. Om hämtning måste ske från annat PNL skall hämtande SSK visa sitt SITHS-kort och utlämnande SSK skall anteckna enhet, VGR-id, namn och de åtta sista siffrorna på SITHS kortet i narkotikajournalen. Uttaget journalförs som tillförsel respektive uttag i förbrukningsjournalerna på båda enheterna och dubbelsigneras av behörig personal.
- Hämtning till enskild patient skall utlämnande SSK kontrollera att aktuell patient har en pågående vårdkontakt i Melior/ELVIS.
- Om patient har med sig privata narkotikaklassade läkemedel ska om möjligt ombesörjas att de återförs till hemmet. Patientbundna läkemedel får endast i särskilda fall ligga i patientens läkemedelslåda i läkemedelsvagnen i läkemedelsrummet. Narkotikaklassade patientbundna läkemedel skall räknas, diarieföras och dubbelsigneras på befintlig ”förbrukningsjournal narkotika”. De skall också dubbelsigneras vid återlämning till patienten. Kvarlämnade narkotikaklassade läkemedel ska kasseras, journalföras, diarieföras och dubbelsigneras i ovan nämnda journal.
- Hantering av avlidna patienters läkemedel En avliden persons privata läkemedel är formellt dödsboets egendom. Av säkerhetsskäl bör stor restriktivitet tillämpas vid utlämnandet av läkemedel till anhöriga. En god rutin kan vara att påtala för anhöriga att överblivna läkemedel lämpligen skickas för destruktions och be om deras godkännande.
- Patientbundna läkemedel får aldrig läggas i enhetens PNL

Kapitel 10 Medicinska gaser

- mall 18 Kontroll av medicinska gasflaskor: görs enligt rutin som förvaras: i pärmen ”Läkemedelshantering” i läkemedelsrummet.

Kapitel 11 Uppföljning

Läkemedelsansvarig läkare samt vårdenhetschef ansvarar att detta dokument uppdateras.

Relaterad information

Hamlet

Regional Läkemedelshanteringsrutin

Läkemedelsrutin SU

Antibiotika-spädningsrutiner

AFS 2017:3

Ansvar

Gäller för all personal inom VO Kvinnosjukvård/Område 1/SU. Ansvar för spridning och implementering har verksamhetschef/sektionschef.

Verksamhetschefen ansvarar för att rutinen finns och följer gällande författningar och lagar.

Uppföljning, utvärdering och revision

Verksamhetschef ansvarar för uppföljning av innehållet i rutinen.

Medvetet avsteg från rutinen dokumenteras i Melior om rutinen är kopplad till patient. Övriga orsaker till avsteg från rutinen rapporteras i MedControlPRO.

Granskare/arbetsgrupp

Christina Stigsson, specialistsjuksköterska/ KPO avdelning 67

Charlotte Palmqvist, överläkare/sektionschef, avdelning 67

Information om handlingen

Handlingstyp: Riktlinje verkställighet

Gäller för: Verksamhet Gynekologi och reproduktionsmedicin

Innehållsansvar: Christina Stigsson, (chrst19), Sjuksköterska onkologi

Granskad av: Christina Stigsson, (chrst19), Sjuksköterska onkologi

Godkänd av: Pernilla Dahm Kähler, (perda5), Verksamhetschef

Dokument-ID: SU9786-1429723585-393

Version: 1.0

Giltig från: 2025-05-11

Giltig till: 2027-05-02